KRITISCHE BETRACHTUNGEN ÜBER DIE ZWECKMÄSSIGKEIT ALTER UND NEUER WOCHENBETTSDIÄTETIK.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER

MEDIZINISCHEN DOKTORWÜRDE

VORGELEGT DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

ALBERT-LUDWIGS-UNIVERSITÄT

ZU

FREIBURG IM BREISGAU

ACAD. LUDOV. BAT. KIEL.

VON

FRITZ WEISSGERBER

AUS

SCHOTTEN (HESSEN).

Druck- und Verlags-Gesellschaft vorm. Dölter, Emmendingen.
1908.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Freiburg i. Br.

Dekan:
Professor Dr. Aschoff.

Referent:
Professor Dr. Krönig.

In der Geburtshilfe haben von jeher Stellung der Frau in Familie und Gemeinwesen, Lebensweise, Kulturstufe und nicht zuletzt religiöse Vorstellungen des betreffenden Volkes das therapeutische Handeln stark beeinflusst; wohl deshalb, weil das Laienpublikum sich gerade mit diesem Zweig der Medizin — aus natürlichen Gründen — besonders befasst hat. Den Fortschritten der medizinischen Erkenntnis musste aber schliesslich auch das Ceremoniell, die Symbolik und Mystik in der Geburtshilfe, wovon Ploss[45]) Interessantes zu berichten weiss, weichen. Nur in der Diätetik des Wochenbetts blieb fast alles beim alten; erst in neuerer Zeit hat man versucht, auch hierin neue Bahnen einzuschlagen, ist aber dabei von seiten mancher Autoren auf hartnäckigen Widerstand gestossen. Ob dieses Beginnen gerechtfertigt erscheint, soll uns im folgenden beschäftigen, wenigstens soweit es das „normale" Wochenbett betrifft.

Vorher sei es jedoch noch gestattet, kurz darauf hinzuweisen, wie verschieden die Ansichten der einzelnen Autoren über den Begriff „normales" Wochenbett sind. Gewöhnlich dient bei der Beurteilung des Wochenbetts und seines Verlaufs in der Hauptsache das Verhalten von Puls, Temperatur und Involution des Uterus als Massstab. Schon im Frühwochenbett sind sowohl Temperatur wie Puls Schwankungen unterworfen, Schwankungen, über deren Natur man ebenso streitet, wie darüber, wo in solchen Fällen die Grenze zwischen normalem und pathologischem Wochenbett zu ziehen ist. Schröder, Winkel, Spiegelberg[53]) lassen z. B. das Wochenbett

nur in solange für normal gelten, als die Temperatur die subfebrile Grenze, d. h. 38 ° nicht übersteigt, andere Autoren wie Baumfelder[53]) sehen noch eine vorübergehende Temperatur von 40 ° für regelmässig an. Crédé[53]) erkennt zwar an, dass in der Mehrzahl die Fälle auch regelmässigen Temperatur- und Pulsverlauf zeigen, ja dass öfters subnormale Werte beobachtet werden. Trotzdem hält er es für eine sehr gewöhnliche Erscheinung, dass im gesunden Wochenbett die Temperatur- und Pulsfrequenz die regelmässige Grenze sogar für längere Zeit beträchtlich übersteigen. Als Ursachen erwähnt er Funktionsstörungen der Verdauungsorgane, der Milchabsonderung, Zurückhaltung der Lochien, Verstopfung, psychische Alteration. Diese Temperatursteigerungen schwinden auf geringe oder gar keine therapeutischen Eingriffe, ohne das gesunde Wochenbett irgendwie gestört zu haben. Nach seiner Ansicht ist nur die Wöchnerin krank, bei der eine örtliche oder allgemeine Infektion stattgefunden hat.

Ebenso weist die Involution des Uterus in ihrem Verlauf nicht unerhebliche Schwankungen auf. Teils sind dies sogenannte idiopathische Schwankungen — für die eine Erklärung sich nicht finden lässt — teils sind sie abhängig von besonderen Umständen. Auffallend rasch geht die Involution bei Stillenden vor sich; erklärt wird dieser Vorgang von manchen dahin, dass durch den Reiz des Stillens reflektorisch Nachwehen ausgelöst werden, die eine Verkleinerung des Organs bewirken. Welche Rolle Geburtsverlauf, Zahl der Wochenbetten und Alter der Wöchnerin dabei spielen, ist noch nicht genügend geklärt.

Zunächst seien diejenigen diätetischen Massnahmen abgehandelt, in Bezug auf die eine wesentliche Meinungsverschiedenheit bei den einzelnen Autoren nicht besteht.

Die Frischentbundene bedarf, darüber sind sich alle Geburtshelfer einig, der Ruhe; schläft sie doch schon in

der Nachgeburtszeit vorübergehend zwischen den Wehen ein. Die Reinigung der Genitalien hat sich nach den jetzt allgemein gültigen Anschauungen auf die Abwaschung der äusseren Genitalien, entweder mit sterilem Wasser oder mit Lösungen von Bor, Lysol, oder Kaliumpermanganat zu beschränken. Die meisten Autoren vermeiden Karbollösungen und solche von Sublimat wegen ihrer irritierenden und stark giftigen Eigenschaften, sie verwenden lieber eines der obengenannten Mittel oder bedienen sich des stark wirkenden, milden und dabei fast nicht giftigen Sublamins. Ausspülungen der vagina direkt im Anschluss an die Geburt sind unnütz und schädlich. Vor die Genitalien legt man am besten ein Stück trockener Verbandwatte und befestigt sie mittelst einer T-Binde; sobald es durchtränkt ist, wechselt man. Im weiteren Verlauf des Wochenbetts genügt nach Ansicht der meisten Geburtshelfer ein einfaches Reinigen der Genitalien (am besten früh und abends, ausserdem nach jeder Defäkation) vermittelst eines Irrigators.

Was die Einrichtung des Wochenzimmers anlangt, so tragen hier die Geburtshelfer den modernen hygienischen Anschauungen weitgehendst Rechnung. Staubfänger, wie Teppiche, Gardinen etc. sind auf das Mindestmass zu beschränken, überflüssige Möbel zu entfernen, der Fussboden öfters feucht aufzuziehen. Licht nnd Luft gewähre man möglichst freien Zutritt, vermeide dabei jedoch jeden Zug. Unter diesen Vorsichtsmassregeln schadet ein Oeffnen der Fenster durchaus nicht; die Zimmertemperatur soll 16 ° C. nicht überschreiten. Am zweckmässigsten steht das Bett so, dass man von beiden Seiten bequem herantreten kann. Die Wöchnerin, mit Hemd und Jacke bekleidet, liegt auf einer Gummiunterlage; zur Bedeckung verwendet man am besten wollene Decken.

Nicht allein im Interesse des Kindes, sondern auch in dem der Mutter ist anzustreben, dass das Stillgeschäft

möglichst von jeder Wöchnerin ausgeübt wird. Es wurde schon eingangs erwähnt, dass die Rückbildung der Genitalien bei Stillenden sich bedeutend rascher vollzieht als bei Nichtstillenden. Doch lässt sich das nicht immer durchführen. Frauen mit schlecht entwickelten Milchdrüsen, mit Warzenfehlern (zu flache Warzen, Hohlwarzen, kleine tiefliegende Warzen) oder bei denen die Brüste erkrankt sind (Schrunden, Mastitis) sind dazu überhaupt nicht fähig. Ebenso raten fast alle Geburtshelfer, Wöchnerinnen mit akuten Infektionskrankheiten, oder mit konstitutionellen Krankheiten, wie Anämie, Chlorose, Tuberkulose, Lues, ebenso Epileptische, Hysterische und Geisteskranke nicht nähren zu lassen. Endlich gibt die soziale Lage der Frau häufig einen Hinderungsgrund ab (Fabrikarbeit, starke geschäftliche oder gesellschaftliche Inanspruchnahme etc.)

Fehlen aber solche Gründe, die das Stillgeschäft unmöglich machen, so ist zu seiner Einleitung und Regulierung eine sachgemässe Pflege der Brüste notwendig, weil sich häufig in der Laktationsperiode Verletzungen und Infektionen der Brüste einstellen. Bereits während der Schwangerschaft wird mit Recht empfohlen, die Brüste durch Abhärtung, Waschen mit kaltem Wasser oder spirituösen Flüssigkeiten auf ihre Aufgabe vorzubereiten. Während des Stillgeschäfts sind die Warzen mit einem Leinwandläppchen zu bedecken, das gewechselt wird, so oft es von ausfliessender Milch durchfeuchtet und steif geworden ist. Etwaige Krusten weicht man am besten mit etwas Oel auf und wäscht dann mit Seife nach. Tägliche Waschungen mit kaltem Wasser sollen eine gute, widerstandsfähige Epitheldecke bezwecken. Sind Schrunden vorhanden, so raten die Geburtshelfer Waschungen mit Borsäurelösungen, Einreibungen mit Glycerin, Bepinselung mit schwachen Argentumlösungen oder den Gebrauch von Warzenhütchen. Die Existenz eines Milch-

fiebers wird heute von fast allen Autoren bestritten; bei Nichtstillenden werden durch das sogenannte Einschiessen der Milch und die damit verbundene Anschwellung und Spannung der Brust manchmal unangenehme Sensationen ausgelöst. Diese kann man durch Hochbinden der Brüste oder feuchtwarme Einpackungen zu lindern versuchen; mechanische Entleerung oder gar Benutzung der Milchzunge wird allgemein verworfen, da dieser Reiz die Sekretion nur noch mehr anregt.

Dem so gefürchteten Wochenbettfieber glaubten die Humoralpathologen [18]) durch Hungerkuren am besten zu begegnen, und gestatten aus diesem Grunde nur Wassersuppen. Die Zeiten sind glücklich vorüber. Heute ist man sich darüber einig, dass die Wöchnerin ausreichend ernährt werden muss. Zwar sind Ermittlungen über den Kalorienbedarf der ruhenden Frau, speziell der Wöchnerin, noch kaum angestellt, doch dürften nach Nagel [39]) ungefähr 2500 Kalorien für die Zeit der dauernden Bettruhe genügen; sobald die Wöchnerin aufsteht, ist natürlich die Nahrung entsprechend zu steigern. Die Furcht, dass Stoffe aus der Nahrung in die Milch der Mutter übergehen könnten, die deren Schmackhaftigkeit und Bekömmlichkeit beeinflussen, weisen die Geburtshelfer als unbegründet zurück. Deshalb vermeiden sie nicht mehr wie früher ängstlich saure Speisen etc., sondern am vorteilhaftesten ist, sowohl für das Wohlbefinden der Mutter als auch für die Milchabsonderung, wie die Versuche Temesvary's [53]) beweisen, eine reichlich gemischte Diät; rein vegetabilische belastet den Darm viel zu sehr. Bei Nichtstillenden glauben manche, durch etwas knappere Kost die Milchsekretion rascher zum Versiegen zu bringen.

Mit die wichtigste Aufgabe der Wochenbettsdiätetik ist es, die durch Schwangerschaft und Wochenbett hervorgerufenen, eingreifenden Veränderungen im mütterlichen Organismus wieder zur Norm, soweit das möglich

ist, zurückzubringen. Diese Rückbildung zur Norm glaubt die grösste Zahl der Geburtshelfer, der Tradition folgend, am wirksamsten durch mehr oder weniger lange Bettruhe zu unterstützen. Erst in neuerer Zeit haben einige — das grosse Verdienst, die Anregung dazu gegeben zu haben, gebührt unter den Deutschen Küstner[32]) — ein aktiveres Verfahren eingeschlagen, und so finden wir heute in dieser Frage die Geburtshelfer in zwei recht ungleiche Lager geteilt. Die einen, die grössere Zahl, glauben, wie seither üblich, durch Bettruhe die Natur am besten zu fördern, während die anderen Frühaufstehen verbunden mit den verschiedenen noch zu erörternden Uebungen für richtig und angebracht halten.

Ahlfeld[1]) und Kehrer verlangen 12 bis 14 Tage Bettruhe, Zweifel[57]) 9, Bumm[10]) 14, Knapp[28]) 7—10, Hegar[25]) 10—12, Schaeffer[50]) 8—14, Windmüller 10 Tage, Fehling[19]) 3—4 Wochen. Strengste Bettruhe, d. h. Einhaltung der Rückenlage, wollen Hegar und Kehrer für 24 Stunden durchgeführt wissen, Knapp für 3—4 Tage, Bumm, Ahlfeld, Fehling sogar für 8 Tage. Zeigen sich schon in Bezug auf diese beiden Fragen erhebliche Unterschiede bei den einzelnen Autoren, so überrascht vor allem, dass von keinem bestimmte Indikationen gegeben werden, wann die Wöchnerin das Bett verlassen darf, und man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, dass die Festsetzung des Termins zum Aufstehen mehr oder weniger Gefühlsache des betreffenden Geburtshelfers ist. Präziser in der Indikationsstellung ist die kleine Zahl derer, die für ein Frühaufstehen sind; sie halten den Zeitpunkt dann für gekommen, sobald sich die Wöchnerin von der Geburtsarbeit erholt hat, und es darf uns nicht wundern, dass in der Freiburger Klinik, wo die Gebärenden die Wohltat des Skopolamindämmerschlafs geniessen, also nicht zum Bewusstsein des Geburtstraumas an und für sich kommen, schon am ersten und

zweiten Tage aufstehen. Doch nicht genug damit, durch zweckentsprechende Massage, Uebungen und hydriatische Massnahmen suchen die Anhänger des Frühaufstehens die Rückbildungsvorgänge noch weiter zu fördern.

So sehen wir in der Frage der Dauer der Bettruhe die Ansichten fast diametral entgegengesetzt. Wessen Ansicht und wessen Standpunkt ist nun aber der richtige? Um das zu entscheiden, müssen wir zunächst zu ergründen suchen, welche Reflexionen die verschiedenen Autoren zu ihren diätetischen Massnahmen geführt haben; sodann, ob diese Reflexionen und damit auch die aus ihnen abgeleiteten diätetischen Massnahmen zu Recht bestehen.

Im Interesse einer guten Wundheilung und zur Vermeidung einer eventuellen Infektion halten die Gegner des Frühaufstehens die längere Bettruhe für unbedingt erforderlich. Richtig ist, dass beim frühen Aufstehen die noch nicht oder kaum verheilten Wunden sich wieder öffnen, dass durch diese Pforten pathogene Keime eindringen können. Aber trotz der strengsten Anordnungen in dem bestgeleiteten Wochensaal lassen sich Bewegungen, durch die die Wunden aufgerissen werden müssen, auch im Bett nicht vermeiden. Küstner[34]) ist in seinen Untersuchungen über den Einfluss der Körperstellung auf die Lage des nicht graviden, besonders des puerperalen Uterus zu dem Schluss gekommen, dass der Wechsel der Körperhaltung den Uterus zu geringeren Bewegungen veranlasst, als der Füllungswechsel der Blase und des Darms, besonders die Defäkation. Konsequenterweise dürfte also die gesunde Wöchnerin vor dem neunten Tage — so lange dauert nach Leopold's Untersuchungen der Heilungsprozess — nicht zu Stuhle gehen, und doch empfehlen alle Autoren spätestens am 3. Tage für Stuhl zu sorgen; von einer Infektion wissen sie jedoch nichts zu berichten. Uebrigens bewahrt auch eine Bettruhe von 10 bis 14 Tagen nicht vor dem Auftreten von Ge-

webealterationen, das beweist das öftere Auftreten von Blutspuren im Lochialsekret in diesen Tagen des ersten Aufstehens. Wir sehen also, dass es ausgeschlossen ist, durch Bettruhe das Aufreissen der intrauterinen Wunden völlig zu vermeiden; es besteht also nur ein rein quantitativer Unterschied bei beiden Verfahren, ein Unterschied, der so gering anzuschlagen ist, gegenüber den noch später zu erwähnenden Vorteilen, die das Frühaufstehen im Gegensatz zu dem Liegenlassen der Wöchnerinnen bietet, dass er gar nicht ins Gewicht fällt. Dazu kommt, dass die Infektionsgefahr bedeutend überschätzt wird; bei einer in physiologischen Grenzen sich abspielenden Geburt ist eine Infektion fast ausgeschlossen; hat bei einer schweren, durch Operation beendeten Geburt eine Infektion stattgefunden, so muss sie nach Ansicht Küstner's[33]) spätestens am dritten Tage manifest werden. Die Bettruhe brauchte also im ersten Falle — nur zur Vermeidung einer Infektion — überhaupt nicht, im zweiten Falle nicht über den dritten Tag hinaus angewandt werden.

Um eine rasche Rückbildung des beinahe auf das zehnfache vergrösserten Uterus herbeizuführen, ist es notwendig, dass die Cirkulationsverhältnisse möglichst günstige sind; je besser die Cirkulation, um so rascher die Rückbildung. Dies Ziel glauben die Autoren, die längere Bettruhe einhalten lassen, eben am besten durch Bettruhe zu erreichen und behaupten, durch das frühzeitige Verlassen des Bettes käme es viel leichter zu Cirkulationsstörungen, Thrombosen, Embolien, Varicenbildung etc. Es ist eine alte Erfahrungstatsache, dass in der Ruhe das Herz langsamer arbeitet; es pumpt das Blut weniger energisch in den Körper. Infolgedessen wird in der Zeiteinheit weniger Blut langsamer durch den Körper getrieben. Ebenso alt ist die Erfahrungstatsache, dass, je schlechter die Cirkulation ist, desto leichter Varicen und Thromben sich ausbilden. Um diese

Wochenbettskomplikationen zu vermeiden, der Bettruhe das Wort zu reden und frühzeitiges Aufstehen als direkt schädlich zu bezeichnen, widerspricht ganz und gar physiologischen Grundsätzen und der täglichen Erfahrung. Warum empfehlen sonst Hegar[25]) und andere, trotzdem sie Anhänger längerer Bettruhe sind, nicht zu lange Rückenlage, Abwechslung mit linker und rechter Seitenlage, Bewegung, Hochlagerung und Massage der unteren Extremitäten, oder gar Anwendung von Digitalis. Doch nur um Thrombosen und Embolien zu vermeiden, Komplikationen, denen nach der Ansicht v. Herffs die Wöchnerinnen in Basel fast ebenso häufig zum Opfer fallen, wie der Placenta praevia oder Eklampsie.

Es wurde oben betont, dass die Cirkulationsverhältnisse durch Bewegung, also durch Frühaufstehen günstiger beeinflusst werden, als durch längere Bettruhe. Die Folge besserer Cirkulationsverhältnisse ist aber ein besseres Arbeiten aller Körperfunktionen, ein rascherer An- und Abbau in allen Organen. Mit Recht führt deshalb Küstner ebenso wie Giglio[20]) die durch seine Untersuchungen festgestellte Tatsache, dass das frühzeitige Verlassen des Bettes die Involution des Uterus beschleunigt, auf diesen Umstand zurück. Knapp[28]) nennt das eine mit Rücksicht auf die die Rückbildungsvorgänge begleitenden und beeinflussenden Umstände physiologisch wohl verständliche Tatsache, die er insofern zu bestätigen in der Lage ist, als bei Frauen mit verzögerter Involution des Uterus die Gestattung einer grösseren Bewegungsfreiheit auf die bis dahin zögernde Involution von günstigem Einfluss schien. Nach dem eben Gesagten dürfte sich der Vorwurf, das Frühaufstehen verzögere die Involution des Uterus, nicht mehr aufrecht erhalten lassen; genau so wenig wie der Einwand Olshausen's[33]) die Ligamente involvierten schlechter, sind diese doch genau denselben physiologischen Bedingungen unterworfen. Erwähnt sei

noch, dass das frühere Versiegen des Lochialsekretes, das man bei frühaufgestandenen Wöchnerinnen beobachtet, auf dieselbe Ursache zurückzuführen ist.

Ein ganz besonderes Augenmerk ist bei der Wochenbettsdiätetik darauf zu richten, dass der Uterus während des Wochenbetts in keine pathologische Lage gerät. Die meisten Autoren sind der Ansicht, dass dieser Forderung nur durch Bettruhe genügt werden könne, dass bei zu frühem Verlassen des Bettes Uterusprolapse sehr leicht acquiriert werden. Wenn wirklich eine Frau am zweiten oder dritten Tage des Wochenbetts aufgestanden sei, ohne Senkungserscheinungen nachher zu zeigen, so sei das kein Beweis, meint Fehling,[19]) diesen wenigen Glücklichen stehe die 10fache und noch grössere Zahl von solchen gegenüber, welche von dem zu frühen Verlassen des Wochenbetts Schaden davon getragen hätten. Das sei der Grund, warum das Proletariat so viel häufiger unter den Beschwerden des Prolapses zu leiden hätte. Die schädliche Wirkung des frühen Aufstehens beruht nach der Ansicht Fehlings u. a. darin, dass in aufrechter Körperhaltung das noch nicht genügend involvierte Organ hinten übersinke, in Retroversioflexio gerate, und durch den durch das Stehen gesteigerten intraabdominellen Druck einfach aus dem kleinen Becken hinausgepresst werde. Das Zustandekommen des Prolapses so zu erklären, hat im ersten Moment viel Wahrscheinlichkeit für sich; in Wirklichkeit verhält sich die Sache jedoch anders. Küstner hat als erster sich durch exakte Untersuchungen über diese Frage zu orientieren versucht und seine Resultate in seiner Arbeit: Untersuchungen über den Einfluss der Körperstellung auf die Lage des nicht graviden besonders des puerperalen Uterus niedergelegt. Nach ihm ist in den ersten Tagen ein Zustandekommen des Prolapses überhaupt unmöglich, weil der Uterus erst am 9. Tage (in der Regel) ganz in das kleine Becken

eintritt, vorher aber seine Stütze in der linea innominata hat. Ferner ist in der Rückenlage der Uterus geneigt nach hintenüber zu sinken, in der stehenden Frau zeigt er dagegen eine verstärkte Anteversio flexio. Jedenfalls hat der Uterus der stehenden Frau viel weniger Chancen zu prolabieren als der der liegenden. Dass die Rückenlage wirklich eine derartige Gefahr in sich birgt, räumen eine Anzahl Geburtshelfer ein (Tyler Smith, Aveling, Knapp[28]); sie raten nämlich nicht ständig die Rückenlage beizubehalten, weil infolge der anhaltenden Rückenlagerung der schlaffe Uterus nach hinten übersinkt, und falls nicht Abhilfe geschafft wird, in dauernder Rückwärtslagerung fixiert bleibt. Volle Klarheit über das Zustandekommen eines Prolapses hat erst eine Arbeit neuesten Datums geschaffen: Halban und Tandler: Anatomie und Aetiologie des Genitalprolapses beim Weib. Die beiden Autoren räumen hier mit vielen meist rein theoretisch entstandenen Ansichten auf und das Resultat ihrer an grossem Material angestellten Untersuchungen ist, soweit es uns in unserer Frage interessiert, kurz folgendes: Die meisten Autoren nahmen für das Zustandekommen des Prolapses an prädisponierenden Momente: Insuffizienz der Fixikationsmittel: als solche waren besonders geschätzt das Peritoneum (Fritsch, Freund) und die Douglasfalten (Schultze). Als auslösendes Moment betrachteten sie den gesteigerten intraabdominellen Druck. In Wirklichkeit liegen die Verhältnisse so, dass bei der Fixation des Uterus in Betracht kommen

1. organische Verbindungen, durch die er suspendiert wird,
2. wird er durch eine Anzahl von Unterlagen gestützt,
3. wird er durch den intraabdominellen Druck in seiner Lage befestigt.

Die Dignität dieser einzelnen Momente wird von den verschiedenen Autoren in ganz verschiedener und vielfach

subjektiver Weise eingeschätzt. Die meisten legen das Hauptgewicht auf die Suspension und vernachlässigen den Wert der Unterstützungsorgane. Die Suspensionsmittel (Peritonaeum, Ligamente, Gefässe, Nerven, fascia endopelvina etc.) haben nur eine beschränkte Bedeutung, ihnen fehlt — wie Erfahrung und Experiment lehrt — die Fähigkeit wegen Mangel an elastischem Gewebe den Uterus bei Druckschwankungen in seiner Lage zu erhalten. Den Hauptwert als Fixationsmittel haben nur die Stützapparate: Diaphragma pelvis und urogenitale. Die Beckenbodenmuskulatur ist imstande, kraft ihrer anatomischen und physiologischen Verhältnisse die untere Beckenapertur auch gegenüber dem gesteigerten Abdominaldruck in wirksamer Weise abzuschliessen. Sie verhindert dadurch implicite, dass die Beckenorgane durch die untere in der Beckenbodenmuskulatur vorhandenen Lücken bei Steigerung des Abdominaldrucks herausgepresst werden. Sie erreicht dieses Resultat

1. dadurch, dass sie synchron und synergisch mit den übrigen Bauchwandmuskeln innerviert wird.

2. dadurch, dass sie im Moment der Gefahr, d. h. beim Ansteigen des abdominellen Drucks kontrahiert wird und infolgedessen am widerstandsfähigsten ist.

3. dadurch, dass durch das Kontraktionsphänomen die vorhandenen Lücken nach Möglichkeit und soweit als es im Interesse der angestrebten Funktion liegt, verengt werden.

Daraus ergibt sich für unsere Frage der notwendige Schluss, dass der gesteigerte abdominelle Druck, weil er die Beckeneingeweide noch fester an ihre Unterlage andrückt, ein nicht zu unterschätzendes fixatorisches Moment darstellt — eine intakte Beckenbodenmuskulatur vorausgesetzt — ferner, dass es zur Verhütung eines Prolapses vor allem darauf ankommt, die Beckenbodenmuskulatur in möglichst guter Funktion zu erhalten. Welche Wege

hat man nun, um dieses Ziel zu erreichen, in der Wochenbettsdiätetik eingeschlagen? Von dem Gedanken ausgehend, dass durch das Geburtstrauma die Beckenbodenmuskeln stark gedehnt, eine grosse Zahl Muskelfibrillen zerrissen werden, haben Schatz[33]) und andere für die rasche restitatio ad integrum Ruhigstellung und Entlastung der Muskulatur verlangt, da nur durch längere Ruhe die nötige Kürze und Straffheit der Beckenbodenmuskulatur wiedererlangt werden könne. Diese Ueberlegung und die daraus abgeleiteten therapeutischen Massnahmen lassen sich jedoch nicht aufrecht erhalten und sich nicht in Einklang bringen mit den jetzt herrschenden, durch die Erfahrung erprobten Anschauungen und Grundsätze. Ueberall da, wo Muskulatur gekräftigt werden soll, wird dies allein durch Arbeit und systematisches Ueben erreicht, die Richtigkeit dieses Satzes beweisen täglich die glänzenden Resultate der mechanotherapeutischen Institute. Wie verderblich auf der anderen Seite längere Ruhe werden kann, dafür bieten die schweren Schenkelfrakturen das beste Beispiel, wo die Inaktivitätsatrophie häufig genug das Heilungsresultat stark beeinträchtigt. Dasselbe gilt für die Beckenbodenmuskulatur. Längere Bettruhe muss sie schlaff und atropisch machen, dagegen ist ihr das Aufstehen deshalb von Vorteil, weil sie durch den Druckreiz, den die Därme ausüben, zu Kontraktionen angeregt wird. Ja man ist noch weiter gegangen und hat besondere Uebungen (Bewegungen, wie sie bei willkürlicher Zurückhaltung des Stuhlgangs und Urins ausgeführt werden (Hegar[25]) zu diesem Zwecke angegeben.

Für die Muskulatur der Bauchdecken gelten die gleichen Bedingungen. Auf den ersten Blick scheint allerdings der Einwurf gerechtfertigt, das frühe Verlassen des Bettes verzögere die Rückbildung des Leibes und begünstige die Ausbildung eines Hängebauchs und zwar

infolge des stärkeren Drucks der Eingeweide. Der Vorteil des frühen Aufstehens beruht aber nicht in der aufrechten Stellung, sondern in der Bewegung; dadurch, dass die Wöchnerin sich im Bett aufsetzt, dass sie aufsteht und sich bewegt, werden die Bauchmuskeln in Tätigkeit gesetzt und je energischer das geschieht, um so besser wird sich die Bauchmuskulatur zurückbilden, um so weniger schlaff bleibt der Leib. Ob man dabei das Anlegen einer Leibbinde raten soll, darüber sind die Ansichten geteilt. Manche stehen auf dem Standpunkt (Windmüller[58]) u. a.), eine Leibbinde habe nur dann Zweck, wenn sie fest angelegt sei, doch dann störe sie die Darmfunktion, hindere die Involution des Uterus und sei bei der Reinigung der Wöchnerin nur im Wege; sie verzichten deshalb ganz auf sie. Knapp[28]) und mit ihm andere Autoren sind von ihrer Zweckmässigkeit überzeugt und räumen ihr folgende Vorteile ein: Vermeidung der abdominellen Plethora, Unterstützung der Kontraktionsfähigkeit der Bauchmuskulatur, Unterstützung der Darmfunktion durch Hebung des Darmtonus. Nur so fest angelegt, dass sie den Bauchdecken ihre jeweils vorhandene Elastizität erhält, soll sie ein Gegengewicht für den intraabdominellen Druck und die Schwere des Darmtraktus samt seinem Inhalt abgeben; so wird sie nur nützen aber nie schaden. Dass sie aber einen besonderen Einfluss auf die Rückbildung der Bauchdecken habe, glauben wir nicht, ihr wird dabei immer nur eine untergeordnete Bedeutung zuzumessen sein, der wirksamste Faktor wird immer eine zweckentsprechende Uebung der Bauchmuskeln bleiben.

Ein Punkt, auf den die Anhänger längerer Bettruhe im Wochenbett immer ihr Augenmerk richten müssen, ist bei Wöchnerinnen, die frühaufstehen, überhaupt nicht mehr Gegenstand besonderer diätetischer Massnahmen, nämlich Urin- und Stuhlentleerung. Da bei vielen Frauen Unvermögen, liegend die Blase zu entleeren, besteht, sollen

sie dies schon während der Schwangerschaft üben. Als weitere Nachhilfe und Unterstützung empfehlen die Vertreter alter Schule[38]) suggestiven Zuspruch, Berieselung der Harnröhrenmündung mit warmem Wasser, warme Umschläge u. a.; scheitern alle Versuche, so muss man sich notgedrungen zum Katheterismus entschliessen. Die Koprostase, die meist die 3 bis 4 ersten Tage des Wochenbetts anhält, halten einige Autoren als etwas ganz natürliches und selbstverständliches, als Folge des Geburtstraumas. Sie ist natürlich und selbstverständlich, aber nicht durch die Geburt als solche bedingt, sondern allein durch die Bettruhe, eine Erfahrung, die der innere Kliniker tagtäglich machen kann. Alle diese Uebelstände fallen fort, wenn die Wöchnerin aufsteht, sobald sie sich von der durch die Geburt bedingten Anstrengung erholt hat, besondere diätetische Massnahmen, Laxantia etc. sind zu dem Zweck nicht mehr erforderlich, eben weil durch die Bewegung allein die Darmperistaltik genügend angeregt wird.

Schliesslich ist noch als ein weiterer Vorteil des Frühaufstehens zu erwähnen, dass Störungen im Lochialabfluss, Retentionen u. s. w., die bei dauernder Bettruhe häufiger beobachtet werden, so gut wie gar nicht mehr vorkommen (Brutzer[9]). Das ist ein Umstand, der in Bezug auf die Heilungsvorgänge im Uterus — die Wundfläche heilt rascher — und dadurch in Bezug auf den ganzen Wochenbettverlauf von nicht zu unterschätzender Bedeutung ist.

Rekapitulieren wir noch einmal kurz: die von den meisten Autoren den Wöchnerinnen anempfohlene längere Bettruhe besitzt in Wirklichkeit nicht die Vorteile, die ihr nachgerühmt werden, wie bessere und raschere Rückbildung von Uterus, Ligamenten, Bauch- und Beckenbodenmuskulatur, weil sie auf falschen Anschauungen basiert. Die Erkenntnisse der Physiologie und Anatomie

viel mehr zu Nutze macht sich die Methode des Frühaufstehens. Die ihr angedichteten Nachteile, Cirkulationsstörungen, Varicen, Embolien, Hängebauch, grössere Prolapsgefahr würden, wenn sie einträten, viele physiologische Gesetze über den Haufen werfen.

„La pratique de forcer les accouchées à garder le repos absolu pendant trois semaines est en général mauvaise. Elle n'est fondée sur aucun principe de physiologie, car celle-çi montre au contraire, qu'un exercise modéré ne peut que favoriser la régression utérine et la sécrétion lactée.“ [37])

Ziehen wir aus unserer Betrachtung den notwendigen Schluss, so können wir uns der Ansicht nicht länger verschliessen, dass die bisher betriebene Wochenbettpflege in ungleich geringerem Masse eine rasche Rückbildung des Gesamtorganismus erreicht, als die in neuerer Zeit angewandte Methode des Frühaufstehens. Und man wird um so eher und lieber den neu eingeschlagenen Weg weiter verfolgen, als die Wöchnerinnen selbst sich dabei sehr wohl fühlen, und, nachdem sie einmal die anfängliche Scheu vor dem Frühaufstehen überwunden haben, diese viel rascher zum Ziel führende und ihnen bedeutend angenehmere Behandlungsweise anhaltender Bettruhe vorziehen.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht,

Herrn Professor Dr. Krönig

für die gütige Ueberlassung der Arbeit und Herrn Dr. Gauss für seine in liebenswürdigster Weise gewährte Unterstützung an dieser Stelle bestens zu danken.

Literatur.

1. Ahlfeld, F., Lehrbuch der Geburtshilfe, 3. Aufl. 1902.
2. Audebert: Du séjour au lit des accouchées. Arch. Méd. Toulouse No. 10, 1899.
3. Bacon, A.: Massage and exercise in the management of puerperium. The Jurnal of the Americ. Med. Association 1902, No. 7.
4. — Massage of the breastes during lactation. Americ. Jurnal of Obst. June 1902.
5. Becht: De la miction chez les femmes en couches. Paris-G. Steinheil
6. Binet: Hygiène de la jeune mère et du nouveau-né. Paris, J. B. Baillière et fils.
7. Blau: Einfluss der verschiedenen Diätformen auf den Stoffwechsel von 145 Wöchnerinnen, 1894.
8. Brennecke: Praktische Regeln zur Sicherung eines gesundheitsgemässen Wochenbettverlaufs.
9. Brutzer: Beitrag zur Wochenbettsdiätetik. Zeitschr. f. Geburtsh, und Gynäk., B. 37.
10. Bumm: Lehrbuch der Geburtshilfe.
11. Croll: Ueber die Wirkung des Cornutin im Puerperium. Protokolle der geburtsh.-gynäk. Gesellschft. zu Kiew, 1895.
12. Czerny: Zur Prophylaxis des Hängebauchs der Frauen. Zentralbl. f. Gynäk., 1886.
13. Desplats: Combien de temps les nouvelles accouchées doivent-elles être condamnées au repos absolu? Gaz. hebdom. méd. et chir. Mars 1898.
14. Dietrich: Die Pflege der weiblichen Körperschönheit während der Schwangerschaft und im Wochenbett. Allgem. ärztl. Verein zu Köln. Referat: Monatsschrift f. Geburtsh. und Gynäk., B. 18.
15. Drew: Die Wochenpflege. Leipzig, Max Sprosser.
16. Elischer: Zur Prophylaxis des Hängebauchs der Frauen. Zentralbl. f. Gynäk. 1886.

17. Falk: Moderne Fragen der Wochenbettsdiätetik. Deutsche med. Wochenschr. 1905, No. 37.
18. Fassbender, Heinrich: Geschichte der Geburtshilfe, 1906.
19. Fehling, H.: Physiologie und Pathologie des Wochenbetts, 2. Aufl., 1897.
20. Goodell, mir nicht zugänglich.
21. Giglio: L'involuzione dell' utero e il precoce abbandono del letto del puerperio. La clin. ost. Vol. III, Avrile 1901.
22. Goldberg: Die Wochenbettspflege nach den in der kgl. Frauenklinik zu Dresden üblichen Grundsätzen. Zeitschr. f. Krankenpflege, Januar 1895.
23. Halban Dr. J. u. Prof. J. Tandler: Anatomie u. Aetiologie der Genitalprolapse beim Weib.
24. Hansen: Ueber die puerperale Verkleinerung des Uterus. Zeitschr. f. Gebrtsh. u. Gynäk., B. 13.
25. Hegar: Diätetik der Wöchnerin. Deutsche med. Wochenschr. 1906.
26. Herman: The effect of ergot on the involution of the uterus during the lying-in period. Laucet London 1892, B. II.
27. Houghton: The proper duration of the lying-in period. New-York M. J., B. 57.
28. Knopp, L.: Geburtshilfliche Diätetik und Therapie.
29 Kretschau: Ueber Bettruhe im Wochenbett. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk., B. 15, H. 2
30. Krohl: Klinische Beobachtungen über die Einwirkung einzelner Mutterkornpräparate (speziell des Cornutin) auf den Verlauf des Wochenbetts. Arch. f. Gynäk., B. 45.
31. Krönig, B.: Uebung und Schonung in der Geburtshilfe und Gynäkologie. Deutsche med. Wochenschr. 1907.
32. Küstner: An welchem Tage soll die Wöchnerin das Bett verlassen: Berliner klin. Wochenschr. 1878 (s. a. Brutzer).
33. Küstner: Ist einer gesunden Wöchnerin eine protrahierte Bettruhe dienlich? Verhandlung der achten Versammlung der Deutsch. Gesellsch. f. Gynäk. Berlin 1899.
34. — Untersuchungen über den Einfluss der Körperstellung auf die Lage des nicht graviden, besonders des puerperalen Uterus. Archiv f. Gynäk., B. 15.
35. Mann, F.: Die Pflege der Wöchnerin und des Säuglings, 2. Aufl. 1904.
36. Meyer, Joh.: Zur Pflege des weiblichen Körpers im Wochenbett.
37. Monin: Quelques réflexions à propos du séjour au lit après l'accouchement. Lyon Médical 1899.

38. Müller, P.: Handbuch der Geburtshilfe.
39. Nagel: Handbuch der Physiologie, 1906.
40. Olshausen u. Veit: Lehrbuch der Geburtshilfe.
41. Parthey: Ueber die Involution des Uterus in den ersten acht Tagen des Puerperiums.
42. Pfannkuch: Ueber den Einfluss der Nachbarorgane auf die Lage und Involution des Uterus. Archiv f. Gynäk., B. 11.
43. Platon: Massage et involution utérine. Gaz. hôpit. juin. 1899.
44. Pletzer: Ueber Ernährung stillender Frauen. Münchener med. Wochenschr. 1899.
45. Ploss, H.: Das Weib in der Natur- und Völkerkunde.
46. Prochownik, L.: Archiv f. Gynäk., B. 27.
47. Ries: Klinische und anatomische Studien über Zurückbildung des puerperalen Uterus. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk., B. 24.
48. Schanz: Zur Bauchbindenfrage. Deutsche med. Wochenschr. 1898.
49. Schauta: Die Behandlung des normalen Wochenbetts. Zentralbl. f. d. gesamte Medizin. Wien 1891.
50. Schaeffer, O.: Geburtshilfe, Diagnostik und Therapie.
51. Schein: Anregung der Milchsekretion durch Massage der Bauchdecken. Wiener klin. Wochenschr. 1898.
52. Stuver: Should ergot be usid during parturition and the subsequent involution period. Tr. Colorado M. Soc. Denver p. 180—188.
53. Temesvary u. Bäcker: Studien aus dem Gebiet des Wochenbetts. Archiv f. Gynäk., B. 33.
54. — Einfluss der Ernährung auf die Milchabsonderung. Zentralblatt 39, 1900.
55. Walter, H.: Leitfaden der Pflege der Wöchnerin und Neugeborenen.
56. White: Von der Behandlung der Schwangeren und Kindbettnerinnen, 1775.
57. Windmüller: Zur Behandlung des normalen Wochenbetts. Zentralbl. f. Gynäk. 1893.
58. Zweifel, P. Lehrbuch der Geburtshilfe.